

KẾT QUẢ ỨNG DỤNG TẮM LƯỚI NHÂN TẠO ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆNH TÁI PHÁT BẰNG KỸ THUẬT LICHTENSTEIN

Lê Quốc Phong¹, Lê Lộc¹, Lê Quang Huy¹,
Nguyễn Thị Lan¹, Lê Mạnh Hà²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thoát vị bẹn tái phát là bệnh lý ít gặp trong ngoại khoa nhưng mổ thoát vị bẹn tái phát thường gặp khó khăn, tỉ lệ tái phát lại cao, chọn phương pháp mổ rất quan trọng, điều trị thoát vị bẹn tái phát bằng kỹ thuật Lichtenstein được ứng dụng khắp nơi trên thế giới.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả ứng dụng tấm lưới nhân tạo điều trị thoát vị bẹn tái phát bằng kỹ thuật Lichtenstein.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, gồm 35 trường hợp thoát vị bẹn tái phát được mổ bằng kỹ thuật Lichtenstein từ tháng 10 năm 2009 đến tháng 9 năm 2014 tại Bệnh viện Trung ương Huế.

Kết quả: Tuổi trung bình $72,6 \pm 2,1$, thoát vị tái phát bên phải 57,1%, thoát vị tái phát bên trái 42,9%, tụ máu vết mổ 5,7%, tụ dịch vết mổ 5,7%, nhiễm trùng vết mổ 0%, đau mạn tính 2,8%, tỉ lệ tái phát 2,9%.

Kết luận: Điều trị thoát vị bẹn tái phát bằng kỹ thuật Lichtenstein sử dụng tấm lưới nhân tạo polypropylene có giá trị và hiệu quả, ít đau sau mổ, tỉ lệ các biến chứng và tái phát lại thấp.

Từ khóa: Thoát vị bẹn tái phát; Lichtenstein

ABSTRACT

RESULTS OF USING POLYPROPYLENE MESH BY LICHTENSTEIN FOR RECURRENT INGUINAL HERNIAS REPAIR

Le Quoc Phong¹, Le Loc¹, Le Quang Huy¹, Nguyen Thi Lan¹, Le Manh Ha²

Background: Recurrent inguinal hernia is a rare disease in general surgery but recurrent inguinal hernia repair is often difficult. The re-recurrence rate is high, choosing a method of surgery is very important. It is treated by Lichtenstein procedure and also applied in the worldwide.

Objectives: To evaluate the results of using polypropylene mesh by Lichtenstein for recurrent inguinal hernias repair.

Materials and Method: Prospective study of 35 patients with 35 recurrent inguinal hernias hernioplasty by Lichtenstein from November 2009 to September 2014 in Hue Central Hospital.

Results: The mean age 72.6 ± 2.1 , right recurrence hernia 57.1%, left recurrent hernia 42.9%, hematoma 5.7%, seroma 5.7%, wound infection 0%, chronic pain 2.8%, re-recurrence rate 2.9%.

Conclusions: Hernioplasty by Lichtenstein for recurrent inguinal hernias repair are valuable and effective, less postoperative pain, low complications post-operation and low re-recurrence rate.

Key words: recurrent inguinal hernia; Lichtenstein.

1. Bệnh viện Trung ương Huế;
2. Trường Đại học Y Dược Huế

- Ngày nhận bài (received): 10/11/2016; Ngày phản biện (revised): 25/11/2016;
- Ngày đăng bài (Accepted): 5/12/2016
- Người phản biện: Hồ Hữu Thiện
- Người phản hồi (Corresponding author): Lê Quốc Phong
- Email: drlequocphong@yahoo.com; ĐT: 0914977660

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn tái phát là vấn đề được quan tâm hàng đầu trong điều trị thoát vị bẹn. Mô lại cho những trường hợp thoát vị bẹn tái phát thường khó khăn và cũng không mang lại kết quả mong muốn như mô lần đầu. Tại Thụy Điển và Đan Mạch thoát vị bẹn tái phát 16-18% và tỉ lệ tái phát lại 30% [9]. Mỗi năm, với khoảng 20 triệu phẫu thuật thoát vị bẹn không căng, sử dụng tấm lưới nhân tạo điều trị thoát vị bẹn nguyên phát và tái phát [11]. Tại Pháp, phẫu thuật thoát vị bẹn mỗi năm là 100.000 trường hợp. Bất kỳ nỗ lực nào làm giảm được 1% tỉ lệ tái thì giảm được 1.000 trường hợp phẫu thuật thoát vị bẹn tái phát [4].

Thoát vị bẹn điều trị bằng các kỹ thuật kinh điển sử dụng mô tự thân như: Bassini, Shouldice, Mc Vay, Nyhus, Berliner... Tỉ lệ tái phát, ở Mỹ 10-20%, châu Âu 10-30%, Đức 14,7%. Nghiên cứu nhiều trung tâm cho thấy tỉ lệ tái phát: Shouldice 6,1%, Bassini 8,6%, Mc Vay 11,2% [13]. Ở Việt Nam, kỹ thuật mổ kinh điển thường Bassini và Shouldice khá phổ biến, trong thực tế tỉ lệ tái phát sau mổ bằng kỹ thuật kinh điển thường không được báo cáo nhưng nhìn chung không dưới 10%. Theo Bùi Đức Phú là 19% [2], Nguyễn Văn Liễu kỹ thuật Shouldice là 1,3% [1], Ngô Viết Tuấn kỹ thuật Berliner là 3,8% [3].

Việc ứng dụng tấm lưới nhân tạo để tăng cường thành sau ống bẹn theo phương pháp Lichtenstein, đã được sử dụng rộng rãi như là “tiêu chuẩn vàng” trong điều trị thoát vị bẹn nguyên phát và mở rộng cho điều trị thoát vị bẹn tái phát [6]. Ở nước ta, những năm gần đây: kỹ thuật Lichtenstein ứng dụng tấm lưới nhân tạo Polypropylene điều trị thoát vị bẹn đã thay thế dần cho các kỹ thuật kinh điển sử dụng mô tự thân để tái tạo thành bụng. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: Đánh giá kết quả ứng dụng tấm lưới nhân tạo điều trị thoát vị bẹn tái phát bằng kỹ thuật Lichtenstein.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 35 bệnh nhân với 35 trường hợp thoát vị bẹn tái phát được đặt tấm lưới nhân tạo bằng kỹ thuật Lichtenstein tại Bệnh viện Trung ương Huế từ 10.2009 đến 9.2014.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Thoát vị bẹn tái phát lần đầu một bên: thoát vị bẹn phải, thoát vị bẹn trái.
- Có chỉ định đặt tấm lưới nhân tạo cho bệnh nhân thoát vị bẹn tái phát, theo phân loại của Nyhus: loại IVA, IVB, IVD

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu mô tả có can thiệp, không so sánh và theo dõi dọc.

2.2.1. Đặc điểm lâm sàng

- Tuổi, vị trí, phân loại thoát vị bẹn theo Nyhus 1993 [12].

- Tiêu chuẩn chẩn đoán thoát vị bẹn tái phát: khám lâm sàng bệnh nhân bị thoát vị bẹn và tiền sử có mổ thoát vị bẹn và kết hợp tổn thương đại thể lúc mổ, xác định loại thoát vị bẹn tái phát gồm: trực tiếp, gián tiếp và phối hợp.

2.2.2. Kỹ thuật đặt tấm lưới nhân tạo Lichtenstein

- Phương pháp vô cảm: Gây tê tùy sống hoặc gây mê nội khí quản.

- Vật liệu để mổ là tấm lưới nhân tạo Mesh polypropylene và chỉ phẫu thuật là loại premilène 2.0, chỉ vicryl 2.0, chỉ Nylon 3.0.

- Đường rạch da song song với dây chằng bẹn, mở cân cơ chéo bụng ngoài

- Phẫu tích gỡ dính, bộc lộ, cắt và đóng túi thoát vị

- Đặt tấm lưới nhân tạo dọc theo ống bẹn, cố định vào dây chằng bẹn, gân kết hợp, bờ ngoài cơ thẳng bụng và đóng lại cân cơ chéo bụng ngoài, may da [5].

2.2.3. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật

Kết quả sớm sau phẫu thuật:

Ghi nhận những tai biến và biến chứng do gây mê và do phẫu thuật:

Bệnh viện Trung ương Huế

- Thương tổn mạch máu, thương tổn thần kinh, thương tổn ống dẫn tinh.

- Tự dịch vết mổ, tụ máu vùng mô, tụ máu vùng bẹn-bìu, nhiễm trùng vết mổ, sưng vùng bìu, viêm tinh hoàn, teo tinh hoàn, tràn dịch màng tinh hoàn.

Kết quả theo dõi lâu dài:

Phương pháp theo dõi:

- Bệnh nhân đến khám định kỳ theo hẹn và điện thoại mời bệnh nhân đến khám trực tiếp tại khoa phòng.

- Điện thoại trực tiếp liên lạc với bệnh nhân để thu thập thông tin.

Đánh giá kết quả

Chúng tôi dựa vào tiêu chuẩn của tác giả Nguyễn Văn Liễu [1], Bùi Đức Phú [2], Trịnh Văn Thảo [4].

+ Tốt: không có biến chứng xảy ra.

+ Khá: không tái phát nhưng đau mạn tính, tê vùng bẹn - bìu, sa tinh hoàn, tràn dịch màng tinh hoàn, nhiễm khuẩn muộn vùng bẹn và tấm lưới nhân tạo.

+ Trung bình: không tái phát nhưng rối loạn sự phóng tinh, giảm khả năng tình dục, teo tinh hoàn.

+ Kém: tái phát, nhiễm khuẩn dai dẳng phải mổ lấy bỏ tấm lưới.

2.2.4. *Xử lý số liệu:* SPSS 18.0 for Window.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1: Đặc điểm về tuổi và thời gian phát hiện tái phát sau mổ lần trước

Đặc điểm		n	%
Nhóm tuổi	40 - 59	6	17,1
	60 - 79	17	48,6
	80 - 92	12	34,3
Thời gian phát hiện tái phát sau mổ lần trước	< 2 năm	8	22,9
	2,1 - 5 năm	10	28,5
	> 5 năm	17	48,6

Tuổi nhỏ nhất 40 và lớn nhất là 92, trung bình $72,6 \pm 2,1$. Thời gian từ lúc mổ lần trước đến khi

phát hiện tái phát. Tất cả bệnh nhân đều tự phát hiện và đến tái khám tại bệnh viện. Thời gian tái phát ngắn nhất là 8 tháng và lâu nhất là 40 năm.

Bảng 2: Các phương pháp mổ thoát vị bẹn trước đó

Phương pháp mổ	Bên phải	Bên trái	Tổng	%
Bassini	2	1	3	8,6
Ferguson - Andrews	1	1	2	5,7
Mc Vay	1	1	2	5,7
Shouldice	6	5	11	31,4
Lichtenstein	1	2	3	8,6
TEP	1	1	2	5,7
Mô tự thân khác	8	4	12	34,3
Tổng	20	15	35	100

Các phương pháp mổ trước đó: mô tự thân 85,7% và tấm lưới nhân tạo 14,3%.

Bảng 3: Đặc điểm vị trí thoát vị, phân loại và kích thước tấm lưới Polypropylene.

Đặc điểm		n	%
Vị trí thoát vị	Bên phải	20	57,1
	Bên trái	15	42,9
Phân loại theo Nyhus	Trực tiếp (IVA)	12	34,3
	Gián tiếp (IVB)	18	51,4
	Phối hợp (IVD)	5	14,3
Kích thước tấm lưới	5×10cm	29	82,9
	6×11cm	4	11,4
	7,5×15cm	2	5,5

Thoát vị bẹn tái phát bên phải 57,1%, thoát vị bẹn tái phát bên trái 42,9%

3.2. Đặc điểm về điều trị

Bảng 4: Đánh giá mức độ đau sau mổ

Đặc điểm		n	%
Mức độ đau	Đau nhẹ	25	71,4
	Đau vừa	7	20,0
	Đau nhiều	3	8,6
Biến chứng sau mổ	Tụ dịch	2	5,7
	Tụ máu	2	5,7
	Nhiễm trùng nông	0	0
	Thoát vị tái phát	1	2,9

Bảng 5: Đánh giá kết quả gần và xa sau mổ

Thời gian	6 tháng		12 tháng		24 tháng		36 tháng	
Số bệnh nhân	n	%	n	%	n	%	n	%
Đánh giá	35	100	32	91,4	30	85,7	28	80
Tốt	32	91,4	30	93,8	29	96,7	28	100
Khá	3	8,6	2	6,2	0	0	0	0
Trung bình	0	0	0	0	0	0	0	0
Kém	0	0	0	0	1	3,3	0	0

Theo dõi: thời điểm 6 tháng đau mạn tính sau mổ 5,7%, tê vùng bẹn-bìu 2,8%; thời điểm 12 tháng đau mạn tính 2,8%, tê vùng bẹn bìu 2,8%, thời điểm 24 tháng thoát vị bẹn tái phát lại 2,9%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về tuổi và phương pháp mổ thoát vị bẹn trước đó

Qua nghiên cứu này, chúng tôi đã phẫu thuật 35 trường hợp thoát vị bẹn tái phát bằng kỹ thuật Lichtenstein đặt tấm lưới nhân tạo polypropylene tại Bệnh viện Trung ương Huế cho thấy, tuổi trung bình $72,6 \pm 2,1$ (40-92). Theo Nguyễn Văn Liễu tuổi trung bình là $54,16 \pm 27,36$, thấp nhất là 40 và lớn nhất là 91 tuổi [1]. Theo Ngô Viết Tuấn tuổi trung bình là $61,67 \pm 13,12$, thấp nhất là 40 và lớn nhất là 90 tuổi [3].

Nghiên cứu của Gianetta, tuổi trung bình 65 (30-

89) [8]. Nghiên cứu của Narayan tuổi trung bình $53,5 \pm 10,4$ (40-70) [10]. Nhận thấy rằng: tuổi lớn nhất gần tương đương nhau, tuy nhiên tuổi trung bình nghiên cứu này cao hơn so với tác giả Nguyễn Văn Liễu, Ngô Viết Tuấn, Gianetta và Narayan.

Các phương pháp mổ thoát vị bẹn trước đó (bảng 3): Bassini, Shouldice, Mc Vay, Ferguson-Andrew, và mô tự thân khác chiếm 85,7% và tấm lưới nhân tạo gồm: Lichtenstein, nội soi ngoài phúc mạc chiếm 14,3%. Nghiên cứu Beltrán và cộng sự, phân bố các phương pháp mổ trước đó thực hiện ở những bệnh nhân thoát vị tái phát là: 29% Bassini, 27% Shouldice, 25% Madden, 16% McVay, và 3% Lichtenstein. Trong đó mô tự thân chiếm 97% và tấm lưới nhân tạo 3% [6]. Nghiên cứu của Tuveri và cộng sự, kỹ thuật mô tự thân Bassini là 68% và tấm lưới nhân tạo Lichtenstein là 32% [11]. Như vậy, qua kết quả nghiên cứu của các tác giả, thoát vị bẹn

tái phát do các phương pháp mô tự thân trước đó vẫn chiếm tỉ lệ khá cao. Vì thế các tác giả đã sử dụng tấm lưới nhân tạo trong điều trị thoát vị bẹn tái phát.

4.2. Vị trí, phân loại và điều trị thoát vị bẹn tái phát

Qua 35 bệnh nhân với 35 trường hợp thoát vị bẹn tái phát, chúng tôi đều dựa vào thăm khám lâm sàng, xác định vị trí thoát vị. Thoát vị tái phát bên phải (57,1%) và thoát vị tái phát bên trái (42,9%). Kết hợp đánh giá tổn thương giải phẫu trong khi mổ, thoát vị bẹn gián tiếp 18 (51,4%), thoát vị bẹn trực tiếp 12 (34,3%), thoát vị bẹn thể phối hợp 5 (14,3%).

Nghiên cứu này, chúng tôi chỉ định kỹ thuật Lichtenstein ở bệnh nhân thoát vị bẹn tái phát lần đầu ≥ 40 tuổi, kết hợp đánh giá thương tổn phân loại thoát vị bẹn tái phát theo tác giả Nyhus: IVA, IVB, IVD và sử dụng tấm lưới polypropylene với kích thước: 5x10 cm chiếm 82,9%, 6x11 cm chiếm 11,4%, 7,5x15 cm chiếm 5,7%.

Chúng tôi, mổ lại cho 30 trường hợp thoát vị bẹn tái phát do sử dụng mô tự thân trước đó đi vào lại đường mổ cũ, tiến hành gỡ dính, xác định lại các thành phần giải phẫu và đặt tấm lưới nhân tạo theo Lichtenstein, 2 trường hợp tái phát trước đó mổ nội soi ngoài phúc mạc đi lại vào đường trước dần theo các lớp từ nông đến sâu nên ít dính nên dễ thực hiện. Riêng 3 trường hợp mổ thoát vị bẹn trước đó mổ bằng kỹ thuật Lichtenstein thì mô xơ dính nhiều, phải tiến hành gỡ dính lấy bỏ tổ chức xò kèm tấm lưới đã tổ chức hóa thì phát hiện phần lưới bị thiếu ở góc trong xương mu là nguyên nhân gây thoát vị tái phát, đây là những trường hợp mới triển khai mổ kỹ thuật Lichtenstein nên chưa có kinh nghiệm.

Theo Lichtenstein, tái phát sau mổ được chia ra làm 2 loại: tái phát sớm và tái phát muộn. Tái phát sớm (trước 2 năm), thường do những nguyên nhân như do lỗi kỹ thuật, do căng hay bỏ sót thoát vị (cũng là lỗi kỹ thuật) hoặc do nhiễm trùng. Tái phát muộn (sau 2 năm) thường do suy yếu mô trong đó cơ bản vẫn là do sự giảm thiểu chất collagen trong mô vùng

bẹn. Các nghiên cứu gần đây nhận thấy, việc dùng tấm lưới nhân tạo làm giảm tỷ lệ tái phát do suy yếu mô (tái phát muộn).

Theo Campanelli (2006), thoát vị bẹn tái phát được phân chia thành ba loại: R1, R2 và R3 như sau:

Loại R1: tái phát lần đầu, “cao”, gián tiếp, đẩy vào được với chỗ khuyết nhỏ hơn 2cm trên bệnh nhân không béo phì, sau mổ dùng mô tự thân hay tấm lưới nhân tạo. Đối với loại R1, Campanelli chủ trương dùng kỹ thuật nút chặn của Rutkow khá nhẹ nhàng, ít bóc tách mô, với gây tê tại chỗ.

Loại R2: tái phát lần đầu, “thấp”, trực tiếp, đẩy vào được với chỗ khuyết nhỏ hơn 2 cm trên bệnh nhân không béo phì, sau mổ dùng mô tự thân hay tấm lưới nhân tạo. Đối với loại R2, ông dùng kỹ thuật đặt tấm lưới nhân tạo tiền phúc mạc theo kỹ thuật của Wantz (cũng với gây tê tại chỗ) để tránh phải bóc tách nhiều (vốn có thể khó khăn trong trường hợp tái phát).

Loại R3: tất cả các dạng tái phát khác bao gồm cả thoát vị đùi, thoát vị bẹn tái phát với chỗ khuyết lớn, tái phát nhiều vị trí, không đẩy vào được, phía bên đối diện cũng bị thoát vị nguyên phát hoặc tái phát, có yếu tố tăng nặng (ví dụ như béo phì) sau mổ dùng mô tự thân hay tấm lưới nhân tạo. Đối với loại tái phát phức tạp này, Campanelli chủ trương đặt tấm lưới nhân tạo ngoài phúc mạc theo kỹ thuật của Wantz hoặc Stoppa (với gây mê) hay theo kỹ thuật mổ nội soi [7].

Điều trị thoát vị bẹn tái phát: thời gian gần đây, không những việc điều trị thoát vị bẹn nguyên phát mà cả thoát vị bẹn tái phát đều thay đổi theo hướng dùng tấm lưới nhân tạo nhiều hơn. Điều này là hợp lý, vì tự thân tấm lưới đã có tính chịu lực cao và một khi được tổ chức hóa thì nó sẽ hình thành nên một “lớp mô xơ mới” tăng cường cho thành sau ống bẹn vốn bị lão hóa do suy yếu mô.

Theo Barrat, việc dùng tấm lưới nhân tạo trong điều trị thoát vị bẹn tái phát đã tăng từ 10% (1991) lên 100% (2000), trong khi đó Shouldice ngược lại giảm từ 90% còn 0% trong cùng thời gian đó. Ngoài ra, do sự phát triển của phẫu thuật nội soi trong những

năm gần đây, việc đi vào vùng bẹn từ phía sau trong những trường hợp tái phát mà lần trước là mổ mở kiểu kinh điển đã tỏ ra lợi thế nhờ không phải đi qua vùng sẹo cũ, vốn dính nhiều mà việc gỡ dính có thể gây tổn thương các cấu trúc của thừng tinh.

Nghiên cứu Kurzer và cộng sự, điều trị thoát vị bẹn tái phát bằng mổ mở đặt tấm lưới nhân tạo theo kỹ thuật Stoppa cho thoát vị bẹn tái phát hai bên và kỹ thuật Wantz cho thoát vị bẹn tái phát một bên mang lại hiệu quả cao, tái phát thấp dễ thực hiện và an toàn hơn phẫu thuật nội soi và chọn lựa cho tất cả thoát vị bẹn tái phát [9]. Narayan, chỉ định điều trị thoát vị bẹn tái phát hai bên bằng tấm lưới nhân tạo theo kỹ thuật Lichtenstein cho kết quả tốt [10].

Nghiên cứu Beltrán và cộng sự, sử dụng tấm lưới nhân tạo điều trị thoát vị bẹn tái phát theo kỹ thuật Lichtenstein, trong 75 thoát vị bẹn tái phát có 53 (71%) bệnh nhân thoát vị bẹn tái phát lần đầu, 9 (12%) thoát vị bẹn tái phát lần hai, 7 (9%) thoát vị bẹn tái phát lần ba; 2 (3%) thoát vị bẹn tái phát lần bốn; 3 (4%) thoát vị bẹn tái phát lần năm; và 1 (1%) thoát vị bẹn tái phát lần tám [6]. Nghiên cứu Tuveri, 3 trường hợp (5%) với thoát vị bẹn tái phát hai bên đã được mổ cùng một lúc. 35 trường hợp (59%) thoát vị bẹn tái phát đã được mổ bằng kỹ thuật Lichtenstein, 13 trường hợp (22%) mổ bằng kỹ thuật (P.A.D.), và 11 trường hợp (19%) mổ bằng kỹ thuật nút chặn Mesh-plug [11].

Như vậy, đa số các tác giả đều ủng hộ việc dùng tấm lưới nhân tạo trong điều trị thoát vị bẹn tái phát. Nhưng vấn đề là nên chọn lựa theo kỹ thuật mổ nào, là tốt nhất cho thoát vị bẹn tái phát. Theo Gianetta (2000) mổ theo ngã trước nên dùng đối với thoát vị bẹn tái phát mà đã từng được mổ trước đó bằng kỹ thuật mô tự thân hoặc ở người già có nguy cơ gây mê cao bằng kỹ thuật Lichtenstein và kỹ thuật nút chặn (Mesh-plug) [8].

4.3. Kết quả theo dõi gần và xa sau mổ

Nghiên cứu của chúng tôi, biến chứng sau mổ bằng kỹ thuật Lichtenstein: chảy máu vết mổ 0%, tụ dịch vùng mổ 5,7%, tụ máu vùng mổ 5,7%, nhiễm trùng nông 0%, nhiễm trùng sâu 0%. Theo

dõi: thời điểm 6 tháng đau mạn tính sau mổ 5,7%, tê vùng bẹn-bìu 2,8%; thời điểm 12 tháng đau mạn tính 2,8%, tê vùng bẹn bìu 2,8%, thời điểm 24 tháng thoát vị bẹn tái phát lại 2,9%. Trường hợp này chúng tôi mổ lại bằng kỹ thuật nội soi ngoài phúc mạc.

Nghiên cứu của Beltrán và cộng sự, phẫu thuật 75 thoát vị bẹn tái phát bằng kỹ thuật Lichtenstein, biến chứng sau mổ: bí tiểu 12%, tụ máu 11%, tụ dịch 0%, phù tinh hoàn 9%, tràn dịch màng tinh hoàn 1,5%, nhiễm trùng nông 0% nhiễm trùng sâu 0%, thoát vị bẹn tái phát lại 0% [6].

Nghiên cứu của Gianetta và cộng sự, phẫu thuật 145 thoát vị tái phát bằng kỹ thuật Lichtenstein, mesh-plug biến chứng sau mổ: tụ máu bìu 2,7% phù thừng tinh 2%, nhiễm trùng vết mổ 0,7%, viêm tinh hoàn 0,7% và teo tinh hoàn đã được phát hiện khi khám lâm sàng sau 1 tháng, chưa có đau thần kinh hoặc đau mãn tính sau mổ, tỉ lệ tái phát lại là 1,8% [8]

Nghiên cứu của Tuveri và cộng sự, phẫu thuật 59 thoát vị tái phát bằng kỹ thuật Lichtenstein, P.A.D, và mesh-plug biến chứng sau mổ: bí tiểu 7%, tụ máu bìu 1,6%, nhiễm trùng vết mổ 1,6%, viêm tinh hoàn 1,6%. Theo dõi lâu dài không nhiễm trùng, teo tinh hoàn, tụ dịch và tụ máu. Về đau mãn tính sau mổ tại thời điểm: 3 tháng 14%, 6 tháng 9%, 12 tháng 1,6%. Tỉ lệ thoát vị bẹn tái phát lại là 1,6% [11]

Các nghiên cứu, hầu hết có các biến chứng thường gặp như: tụ dịch, tụ máu, viêm tinh hoàn, đau sau mổ, mỗi nghiên cứu có tỉ lệ khác nhau. Đối chiếu kết quả nghiên cứu của Beltrán, Gianetta, và Tuveri cho thấy, kết quả nghiên cứu này tương đối khả quan hơn, tỉ lệ các biến chứng sau mổ thấp [6], [8], [11].

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn tái phát, sử dụng tấm lưới nhân tạo polypropylene bằng kỹ thuật Lichtenstein có giá trị, an toàn, đạt hiệu quả cao, thời gian phẫu thuật ngắn, hồi phục nhanh, tỉ lệ các biến chứng sớm, lâu dài và xa, tỉ lệ tái phát lại thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Liễu (2006), “Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật Shouldice trong điều trị thoát vị bẹn ở bệnh nhân ≥ 40 tuổi”, *Y học thực hành*, 45, tr. 217- 225.
2. Bùi Đức Phú (1998), “Đánh giá kết quả lâu dài các phương pháp phẫu thuật thoát vị bẹn tại Huế”, *Tập san Nghiên cứu khoa học*, 13, tr. 41- 28.
3. Ngô Viết Tuấn (2000), *Phẫu thuật Shouldice cải biên hai lớp trong điều trị thoát vị bẹn ở bệnh nhân trung niên và lớn tuổi*, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh, tr. 1- 147.
4. Trịnh Văn Thảo (2010), *Nghiên cứu ứng dụng nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc trong điều trị thoát vị bẹn*, Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân y 103, tr. 1- 120.
5. Amid P. K., Lichtenstein I. L (1996), “Technique facilitating improved recovery following hernia repair”, *Contemporary surgery*, 49(2), pp. 62- 66.
6. Beltrán M. A., et al (2006), “Outcomes of Lichtenstein hernioplasty for primary and recurrent inguinal hernia”, *Worl J Surg*, 30, pp. 2281- 2287.
7. Campanelli G., Pettinari D., Nicolosi F. N., Cavalli M., Avesani E. C., (2006) “Inguinal hernia recurrence: Classification and approach,” *Hernia*, 10, pp. 159- 161.
8. Gianetta E., et al (2000), “Anterior tension-free repair of recurrent inguinal hernia under local anesthesia a 7 year experience in a teaching hospital”, *Annals of Surgery*, 231(1), pp. 132- 136.
9. Kurzer M., Belsham P. A., Kark A. E (2002), “Prospective study of open preperitoneal mesh repair for recurrent inguinal hernia”, *British Journal Surgery*, 89, pp. 90-93.
10. Narayan R., (2015), “Simultaneous bilateral inguinal hernia repair by the Lichtenstein technique”, *IJMRME*, I(1), pp. 129- 134.
11. Tuveri M., et al (2008), “Tension-free hernioplasty of recurrent inguinal hernia under local anesthesia”, *Chirurgia Italiana*, 60(3), pp. 401- 408.
12. Zollinger Jr. R. M (2003), “Classification systems for groin hernias”, *Surg Clin N Am*, 83, pp. 1053 - 1063.
13. Pelissier. E., Marre. P, Damas. J M (2000), “Traitement chirurgical des hernies inguinales, Choix d’un procédé”, *EMC*, 40-138, pp. 1-3.